

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

52

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(MENTION MÉDECINE)

PAR

LEBOWICZ Jcze

Né le 23 Février 1908, à Lodz (Pologne)

Contribution à l'Étude des Aménorrhées et Hypoménorrhées acquises par infection génitale chronique

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, RUE CUJAS

PARIS (V°)

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(MENTION MÉDECINE)

PAR

LEBOWICZ Jcze

Né le 23 Février 1908, à Lodz (Pologne)

Contribution à l'Étude
des Aménorrhées et Hypoménorrhées
acquises par infection génitale chronique

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, RUE CUJAS

PARIS (V°)

—
1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologie	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGEANT.
Clinique propédeutique	LÉON BERNARD.
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BENARD HENRI.
Pathologie chirurgicale	BROCC.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE HENRI.
Pathologie médicale	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale	QUENU.
Physiologie	RICHET Fils.
Chimie biologique	SANNIE.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie chirurgicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Obstétrique	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	N...
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
Clinique obstétricale	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Éducation physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*en témoignage de ma très grande
reconnaissance et de ma profonde
affection.*

A MA FIANCÉE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

*A Monsieur le Professeur COUVELAIRE,
Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur*

*qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider notre
thèse. Respectueux hommages.*

*A Monsieur le Docteur CLAUDE BÉCLÈRE,
Ancien Chef de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris*

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé de ses con-
seils si précieux pour sa réalisa-
tion. Hommage de notre vive recon-
naissance et de notre profond res-
pect.*

*A Monsieur le Docteur FRANÇOIS,
Assistant de Gynécologie à la Clinique Baudelocque*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'assu-
rance de notre gratitude pour le
bienveillant accueil, qu'il nous a
toujours réservé. Modeste hommage
de notre respectueux attachement.*

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, en suivant la consultation de gynécologie dans le service de notre maître, M. le professeur Couvelaire, d'observer la grande fréquence des infections génitales chroniques acquises, très souvent latentes, très souvent atténuées et fréquemment méconnues. Notre attention a été surtout attirée sur l'atteinte ovarienne au cours de ces infections génitales diffuses, et sur les troubles de la menstruation qui en résultent. Ainsi nous avons pu nous rendre compte de la fréquence du facteur infectieux qui se trouvait à la base de ces troubles menstruels.

Toute la gamme des modifications des règles ont pu être observées : depuis l'aménorrhée complète, définitive, jusqu'à l'hypoménorrhée légère, en passant par les ménorragies et les polyménorrhées. L'étude de tous ces troubles nous a paru un peu trop vaste, et surtout, elle aurait pu nous entraîner trop loin. Nous avons donc cru utile de limiter notre étude aux aménorrhées et hypoménorrhées acquises

d'origine génitale et infectieuse, sans d'ailleurs vouloir par là diminuer l'importance des ménorragies infectieuses, trouble fréquemment observé et qui à lui seul suffirait largement comme sujet d'études. De même nous laissons délibérément de côté les aménorrhées et hypoménorrhées primitives dystrophiques, ou secondaires à des infections à point de départ non génital.

Dans la détermination de l'origine des troubles menstruels, qui font l'objet de notre étude, nous avons été puissamment aidé par des données sérologiques et endocrinologiques, d'acquisition relativement récente. D'une part si nous avons pu maintes fois parler de troubles de règles d'origine génitale et infectieuse, c'est que nous avons trouvé dans la gonoréaction un auxiliaire précieux de diagnostic. Tantôt elle vient seulement confirmer un diagnostic cliniquement presque certain ; tantôt, et ceci est plus intéressant, elle révèle la véritable origine d'une infection dans des cas où l'interrogatoire et la clinique ne peuvent que faire soupçonner la nature gonococcique de la maladie. D'autre part, une connaissance plus complète, sinon plus précise, des faits endocrinologiques, en ce qui concerne la menstruation normale et pathologique, nous a permis de serrer le sujet de plus près.

Ces données sérologiques et endocrinologiques nous ont permis, par ailleurs, de discerner quelle doit être la part du traitement endocrinien, et celle du traitement anti-infectieux (par les vaccins et la

diathermie) dans la guérison des troubles menstruels d'origine infectieuse.

Nous voulons aussi insister sur l'importance qu'il y a à dépister précocement les petits troubles des infections génitales chroniques. Cela est d'un intérêt social certain. C'est en traitant très précocement ces infections qu'on peut espérer les guérir ; sans cela, elles traînent indéfiniment et amènent des complications graves nécessitant des opérations mutilantes. Nous savons également, ainsi que l'a précisé notre maître, M. Claude Béchère, qu'un grand nombre de stérilités sont dues à de petites lésions endotubaires, dont certaines coexistent avec des lésions ovariennes discrètes. Là encore le traitement précoce de ces troubles permettra, sans doute, d'éviter certaines stérilités ultérieurement définitives.

Voilà les points que nous allons essayer de développer au cours de ce travail.

*
**

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous tenons à dire que notre tâche a été grandement facilitée par l'exactitude qu'on apporte, dans le service de notre maître, M. le professeur Couvelaire, à la prise des observations ainsi qu'à leur classement systématique. C'est ainsi que dans un temps relativement court, nous avons pu consulter, avec fruit, près de cent observations détaillées.

PHYSIOLOGIE

Les travaux de ces toutes dernières années ont bien précisé le mécanisme de la menstruation. Nous n'insisterons pas sur les modifications anatomiques de la muqueuse utérine, qui sont aujourd'hui classiques. Ce qui est important à mettre en évidence c'est le fait, que la menstruation est entièrement sous la dépendance du fonctionnement hormonal de l'ovaire. La sécrétion du follicule en voie de maturation joue le premier rôle, puis la sécrétion du corps jaune, qui se forme, lui succède, enfin lorsqu'il n'y a pas greffe de l'ovule fécondé dans la muqueuse utérine préparée, cette muqueuse s'élimine, le sang apparaît — c'est la menstruation. On ne sait pas encore actuellement ce qui déclanche l'hémorragie utérine. La folliculine, la sécrétion du corps jaune, la mort de l'ovule sont invoquées par différents auteurs, mais ce qui est certain, c'est que cette hémorragie est sous la dépendance du fonctionnement hormonal de l'ovaire.

Parmi les causes acquises qui viennent troubler ce fonctionnement nous verrons par les observations cli-

niques précises que nous apportons, que c'est l'infection chronique de l'ovaire qui joue le rôle principal. Cette infection ovarienne, est une des localisations des infections génitales chroniques, soit d'origine vénérienne, soit d'origine puerpérale. Le diagnostic de la propagation à l'ovaire de l'infection génitale n'est pas toujours facile à poser, mais nous verrons, que les troubles des règles en constituent un des signes principaux.

ÉTUDE CLINIQUE

Le tableau clinique est caractérisé par une triade symptomatique : troubles menstruels, pertes et douleurs, à laquelle s'associent un certain nombre des petits signes précis, qu'il faudra toujours rechercher, et qui indiquent la nature infectieuse des troubles. Etudions plus en détail ces signes.

A. — TROUBLES MENSTRUELS.

AMÉNORRHÉE.

Moins fréquente que l'hypoménorrhée. Elle se rencontre dans deux conditions : ou bien après un accident puerpéral (accouchement ou avortement plus ou moins septique), ou bien au cours d'une gonococcie chronique. L'observation n° 2 est un exemple typique, de l'infection puerpérale. L'aménorrhée s'installe le plus souvent d'emblée. La malade malgré qu'elle n'allaita plus depuis longtemps, ne voit pas ses règles revenir. Dans d'autres cas il y a d'abord une diminution progressive des règles, puis, arrêt

définitif. Tout à fait exceptionnellement l'aménorrhée est précédée des ménorragies. Une fois installée, elle va durer plus ou moins longtemps, selon qu'on traitera ces malades ou non. En général ces troubles sont bien influencés par la thérapeutique, et le traitement par les agents physiques fait disparaître ces aménorrhées.

HYPOMÉNORRHÉES.

Nous considérons comme une hypoménorrhée toute diminution des règles par rapport au rythme menstruel habituel avant le début de la vie sexuelle et propre à chaque femme; c'est-à-dire : qu'une femme, dont les règles duraient habituellement 6 à 8 jours ; voit, après un accident infectieux, ses menstruations ne durer que 3 à 4 jours, il y a dans ces cas une diminution nette des règles, on dit qu'il y a une hypoménorrhée.

Mais désirant avoir une base de comparaison univoque dans tous les cas, nous nous sommes arrêtés à considérer, comme des menstruations nettement pathologiques, des règles durant moins que 3 jours et pendant lesquels la femme utilise moins que 2 garnitures par jour. Les hypoménorrhées s'observent beaucoup plus fréquemment que les autres troubles menstruels. Elles se voient dans les mêmes conditions, que les aménorrhées, c'est-à-dire après des accouchements, ou après des avortements — mais aussi très fréquemment, par opposition à l'aménorrhée, en dehors de tout accident puerpéral. Tantôt

après l'accident infectieux les règles diminuent progressivement pour s'arrêter à une journée — 1 jour et demi, étant en même temps très peu abondantes ; tantôt il y a d'abord une phase d'augmentation du flux menstruel, lequel ultérieurement devient moins abondant que normalement. L'hypoménorrhée une fois installée n'a guère tendance à guérir. Elle persistera ainsi jusqu'à la ménopause, si un traitement par les vaccins et la diathermie n'intervient pas pour améliorer ce trouble. Avant d'en finir avec ce chapitre de troubles menstruels, nous voulons encore insister sur une variante des modifications des règles, notamment, sur l'oligoménorrhée. Là, il n'y a qu'un espacement des règles, qui tout en gardant leur abondance normale (mais qui peut aussi être en même temps très diminuée), ne viennent que, toutes les 5-6 semaines. A vrai dire cette oligoménorrhée ne s'observe que rarement.

SIGNES INFECTIEUX.

Aux troubles menstruels, que nous venons d'étudier, vient s'associer un grand nombre des symptômes, signalant la nature infectieuse du trouble, d'où leur importance pour poser un diagnostic étiologique exact. C'est à l'étude détaillée de ces symptômes que nous allons passer maintenant.

1. ÉPISODES AIGUS.

De grande valeur pour le diagnostic surtout s'ils surviennent au début de la vie conjugale. Ces épi-

des se traduisent cliniquement par une douleur plus ou moins accentuée dans le bas-ventre, sans vomissements, avec fièvre et malaise général. Tout ceci est vite calmé par le repos et la glace ; la femme quelquefois n'en garde qu'un très léger souvenir. Ces accidents aigus sont dûs à des poussées de pelvipéritonite d'origine ganococcique. Il faut donc toujours rechercher ces épisodes aigus, ils en valent la peine, non seulement au point de vue des troubles menstruels, qu'ils ont pu engendrer, mais surtout à cause des lésions tubaires graves (oblitérations le plus souvent) qui en résultent, expliquant ainsi certaines stérilités rebelles.

2. ÉPISODES URÉTHRAUX.

Ils sont un peu plus fréquemment observés que les troubles précédents. Caractérisés cliniquement par des envies fréquentes d'uriner, des brûlures à la miction, de la pollakiurie nocturne (qualifiées de cystite), survenant d'une façon épisodique, disparaissant rapidement, tantôt spontanément, tantôt après un traitement médical banal (quelques lavages, crayovis, instillations). Parfois exercices d'uréthrites se répètent un certain nombre de fois. En général la véritable cause de ces uréthrites est méconnue, et on oublie encore trop souvent, que c'est le gonocoque, parfois le coli-bacille qui sont les principaux responsables de ces soi-disant « cystites ».

3. PERTES.

Avec les troubles menstruels et les douleurs, les

pertes constituent une des trois principales causes, qui amènent les malades à la consultation. Nous en reparlerons au chapitre des signes locaux.

4. DOULEURS.

Très fréquentes. Ce sont des douleurs sourdes de fréquence variable, siégeant dans le bas-ventre, irradiant dans les reins, dans les cuisses. Parfois c'est simplement une sensation de gêne, de pesanteur. Ces douleurs ne sont pas assez fortes pour empêcher les malades de travailler, mais par leur constance, elles ne laissent aux femmes presque aucun moment de répit; elles arrivent de ce fait à provoquer une nervosité extrême, leur rendant l'existence très pénible. Sur ces douleurs quotidiennes se greffent parfois des petites crises aiguës, vite améliorées par le repos et la glace.

5. DYSMÉNORRHÉES.

Chez beaucoup de malades ce sont les douleurs des règles qui prédominent. Nous considérons ces dysménorrhées acquises, comme étant presque toujours d'origine infectieuse, d'où leur importance pour le diagnostic. Ces troubles apparaissent en même temps que les autres troubles infectieux. L'aspect clinique de ces dysménorrhées est variable; souvent, il y a des douleurs quelques jours avant les règles, et le premier jour; mais le plus souvent pendant toute la durée des règles, et fréquemment, plus accentuées le premier et le deuxième jour. Le fait qu'une femme,

qui jusqu'alors n'avait jamais eu des douleurs des règles, commence à en souffrir, doit faire rechercher l'origine infectieuse de ces troubles, lorsqu'il n'existe aucune grosse lésion palpable.

6. CRISES INTERMENSTRUELLES.

Dans beaucoup de cas, quoique les règles soient indolores, les malades se plaignent de souffrir 10-15 jours après, sous forme d'une forte douleur dans le bas ventre, durant de quelques heures à quelques jours. Le plus souvent, ces crises se répètent à chaque période menstruelle, mais, chose intéressante, elles peuvent aussi survenir d'une façon intermittente, c'est-à-dire que la femme ne souffrira qu'une fois sur deux périodes. Ceci serait probablement dû à ce fait, que l'ovulation se faisant alternativement comme on l'admet généralement, la malade ne souffrira que pendant la période où c'est l'ovaire malade qui doit donner naissance à l'ovule. Cette crise intermenstruelle peut s'accompagner d'une petite perte sanguine ou hydorrhéique.

7. SIGNES GÉNÉRAUX.

Les malades, que nous avons observées, présentent un certain nombre des signes communs, que nous allons passer d'abord en revue, mais aussi des signes différents.

a) *Signes communs.* — C'est la répercussion sur l'état général de la femme des troubles consécutifs à l'infection génitale. Les malades sont asthéniques.

fatiguées, une impression de lassitude se dégage de tous leurs gestes. Elles sont déprimées, découragées, se disant « propres à rien » ; chez d'autres, c'est la nervosité qui domine : excitées, impatientes, pleurant facilement. Fréquemment des troubles digestifs viennent encore exagérer leurs souffrances. Elles présentent de l'inappétence, de l'anorexie, des digestions difficiles.

b) *Signes différents.* — Ils sont basés sur l'aspect extérieur des malades. Il y a des femmes qui depuis l'accident infectieux engraisent de plusieurs kilos, surtout dans la région fessière et abdominale. Elles ont beau suivre un régime strict et prendre des médicaments variés, rien n'y fait. Chez d'autres, c'est le contraire qui se produit, elles maigrissent progressivement, sans trouver, apparemment, une raison pour cela. Ces signes sont vraisemblablement d'origine endocrinienne, par l'action de l'infection sur la sécrétion interne de l'ovaire.

8. SIGNES PHYSIQUES.

L'examen physique doit être fait d'une façon méthodique, avec beaucoup de patience et de douceur.

Au speculum, on constate deux types différents de col : tantôt il est hypertrophié, parfois même de volume normal, érodé, saignant facilement, les lèvres sont éversées (ectropion), par place on trouve des œufs de Naboth — en un mot tous les signes de métrite cervicale typique ; tantôt on est étonné de

trouver un col d'aspect tout à fait normal, malgré les antécédents infectieux certains, c'est que dans ces cas l'infection n'a fait qu'affleurer la cavité cervicale pour aller se loger plus profondément (trompes, ovaires). En outre, au speculum on notera aussi la présence des pertes, qui ne font presque jamais défaut. Plus ou moins abondantes, de consistance épaisse, de coloration variable : tantôt verdâtres, le plus souvent jaunâtres, ou tout simplement blanchâtres, comme du lait caillé. Après un certain temps, les pertes vont devenir plus fluides, plus muqueuses — donnant lieu à la petite perte glaireuse, filante, transparente, d'aspect brillant, permettant de voir, par l'orifice entrebâillé du col, la muqueuse endocervicale. Parfois, au premier abord, on ne trouve pas de pertes ; il suffit alors de faire l'expression cervicale à l'aide des valves du speculum pour amener la petite glaire transparente, caractéristique, le plus souvent, de l'infection gonococcique chronique et atténuée.

Aux signes précédents viendront s'ajouter ceux révélés par le toucher combiné au palper. On trouve un utérus un peu gros, lourd, sensible, dévié ou basculé en arrière — parfois complètement rétroversé. Fréquemment on ne note rien d'anormal en ce qui concerne l'utérus. C'est surtout du côté des culs-de-sac qu'on trouve des signes intéressants. Pour les trouver il faut faire un examen minutieux et très méthodique des culs-de-sac. On s'attachera à dépister toutes les modifications, si légères qu'elles soient,

toutes sont importantes. Quatre éventualités sont à considérer :

1° On trouve les culs-de-sac envahis par des annexes perceptibles, le diagnostic est évident ; mais cela est une éventualité rare ;

2° Les culs-de-sac sont empâtés, non dépressibles, non mobilisables et douloureux ;

3° Les culs-de-sac sont rétrécis, inextensibles, douloureux ; dans ces cas l'utérus est fréquemment dévié du côté où prédominent les lésions ;

4° Simple bride transversale, traversant le cul-de-sac de haut en bas.

Toutes ces petites modifications de culs-de-sac ont une importance considérable pour le diagnostic des affections salpingiennes et ovariennes.

On complètera l'examen physique par les recherches de laboratoire. On recherchera systématiquement dans tous les cas la gonoréaction, dont la valeur diagnostique est très importante. Dans les cas d'infection récente et d'urétrite aiguë on fera également l'examen cyta-bactériologique des sécrétions cervicales et uréthrales. Ce dernier examen ne donne que rarement des résultats positifs, étant donné les difficultés qu'on a à trouver des gonocoques dans les pertes.

Voilà tout le cortège des symptômes qui accompagnent les troubles menstruels que nous étudions.

Bien entendu, ils sont loin d'être au complet chez la même malade, loin de là. Ce qu'on voit le plus habituellement, c'est au trouble menstruel s'associer

un ou plusieurs de ces signes infectieux que nous venons de décrire. On trouvera toujours, pour si peu qu'on s'en donne la peine, quelques petits signes indiquant la nature infectieuse du trouble menstruel, permettant ainsi de faire un diagnostic étiologique exact.

STATISTIQUES

L'ensemble de notre étude comporte tous les cas de diminution ou d'absence des règles sans cause évidente (grossesse, lactation, kystes de l'ovaire), observées pendant deux ans à la consultation de gynécologie du service de notre maître, M. le professeur Couvelaire. Nous avons eu à étudier 85 cas, qui se répartissent de la façon suivante :

Hypoménorrhées	55 cas
Oligoménorrhées	5 »
Aménorrhées	25 »

1. HYPOMÉNORRHÉES.

A. Origine puerpérale.

15 cas — soit un accouchement septique 11 cas, soit un avortement 4 cas, et nous pensons que c'est l'infection puerpérale, à cette occasion, qui est à l'origine des troubles observés.

B. Origine gonococcique.

Chez 31 malades, nous estimons que la cause est

une infection gonococcique chronique. Ce sont les signes cliniques qui nous font porter ce diagnostic, et dans 60 % de ces cas, la gonoréaction a été positive. Chez 4 malades l'infection est mixte et les signes gonococciques ont apparu, dans 3 cas, après un avortement, et dans un cas, après un accouchement.

C. Origine endocrinienne.

Chez 7 malades nous n'avons pas trouvé de signes d'infection, mais au contraire des signes cliniques tels que nous pensons qu'il s'agit des troubles endocriniens, en particulier ovariens, sans infection surajoutée.

2. OLIGOMÉNORRHÉES.

La diminution du nombre des périodes menstruelles par an est plus rare que la diminution du volume des règles ; aussi n'avons-nous que 5 cas d'oligoménorrhée contre 55 cas d'hypoménorrhée. Sur ces 5 malades présentant ainsi des règles nettement plus rares qu'autrefois, nous relevons chez 3 les signes d'infection gonococcique, chez une des signes d'infection puerpérale, et enfin chez la dernière des signes d'infection colibacillaire.

3. AMÉNORRHÉES.

L'absence d'une ou plusieurs périodes menstruelles est assez fréquente, car nous en avons observé 25 cas. Chez 9 malades, il semble que ce soit l'infection puerpérale qui est à l'origine des troubles ; chez 5 nous

trouvons des signes nets de gonococcie ; chez 6 malades nous trouvons des signes d'insuffisance endocrinienne, dont 2 cas avec signes d'hérédosyphilis ; enfin chez 5 malades nous relevons des causes diverse (tuberculose, kyste luteinique vérifié, traumatisme, froid).

On voit donc que dans ces troubles l'origine infectieuse joue un rôle très important. C'est ainsi que dans nos observations nous obtenons les pourcentages étiologiques suivants :

INSUFFISANCES MENSTRUELLES

(85 observations)

	CAUSES INFECTION- TIEUSES	CAUSES ENDO- CRINIENNES	CAUSES DIVERSES
<i>Hypoménorrhée.</i> (55 cas)	46 ou 83 %	9 ou 17 %	
<i>Oligoménorrhée.</i> (5 cas)	5 ou 100 %		
<i>Aménorrhée</i> (25 cas)	14 ou 55 %	6 ou 24 %	5 ou 20 %

OBSERVATION I

Mme B..., âgée de 38 ans, vient consulter le 11 juin 1932, pour des règles très peu abondantes et des douleurs dans le ventre après les rapports.

Premières règles à 11 ans, régulières tous les 21 jours, durée 4 jours, 2 garnitures par jour. Un peu douloureuses 2 jours avant et le 1^{er} jour des règles, type spasmodique. Quelques pertes blanches.

Premiers rapports à 22 ans : Règles comme auparavant, mais plus douloureuses. Pas de signes de contamination.

Première gestation à 23 ans : Accouchement à terme, spontané. Enfant vivant, bien portant, de 4.000 gr. (?). Couchée 12 jours. Allaité 10 mois. Dans la suite, pas de modification des règles.

Deuxième gestation à 33 ans : Accouchement au forceps d'un enfant vivant bien portant, pesant 4.800 gr. Couchée 11 jours. Pas de fièvre. Rien d'anormal par la suite.

Troisième gestation à 35 ans : Avortement provoqué de 6 semaines. Curettage. Pas de fièvre. Pendant 3 ans, réglée comme d'habitude, tous les 21 jours, durée 4 jours, 2 garnitures par jour.

Histoire de la maladie : Depuis 4 mois, règles très peu

abondantes. Tous les 21 jours, durée 2 jours, 1 garniture par jour. Douloureuses 6 jours avant et le 1^{er} jour. Quelques pertes blanches. Envies fréquentes d'uriner. Douleurs dans le bas-ventre, plus marquées à gauche. A engraissé de 4 kilogs. Poids : 71 kilogs, pour une taille de 1 m. 71.

Examen : Utérus en avant de volume normal, un peu sensible. Cul-de-sac gauche indolore. Cul-de-sac droit sensible. Le col est gros, rouge, avec ectropide muqueux. Œufs de Naboth. La malade a eu 16 séances de diathermie (terminées en août 1932). Grosse amélioration. Règles plus abondantes et moins douloureuses, tous les 21 jours, durée 3, 4 jours, 1 garniture par jour, mais plus mouillée qu'auparavant. A l'examen même état, le col est mieux. Depuis 6 semaines, reprise des douleurs.

Le 6 mai 1933 : A eu de nouveau 12 séances de diathermie. Les douleurs ont disparu. Règles comme plus haut. Très peu de pertes blanches. A l'examen, on trouve des culs-de-sacs souples et peu sensibles.

20 mai 1933 : La gonoréaction est positive (H_0). Le Hecht est négatif. On prescrit 8 piqûres de vaccin Demonchy. La malade a fait une réaction thermique sans qu'on soit obligé d'interrompre les piqûres. Grosse amélioration. Pas de douleurs. Règles normales, tous les 26, 27 jours, durant 3 jours, 1 garniture par jour. A l'examen, utérus normal, culs-de-sacs souples. Au col, œufs de Naboth.

En résumé : Hypoménorrhée d'origine gonococcique, guérie par la diathermie et la vaccinothérapie.

OBSERVATION II

Mme L., âgée de 20 ans, vient consulter pour absence des règles depuis un accouchement.

Premières règles à 15 ans, régulièrement toutes les 5 semaines, durée 5, 6 jours, 3, 6, garnitures par jour.

Premiers rapports à 19 ans : Enceinte dès le premier mois.

Première gestation à 20 ans : Accouchement à terme, spontané, à la clinique Baudelocque, le 8 mars 1932. A allaité 1 mois.

Histoire de la maladie : Depuis 1 mois se plaignait de douleurs dans la fosse iliaque gauche, pertes blanches, brûlures à la miction. Pas de règles.

A l'examen : Utérus rectiligne, de volume normal. Cul-de-sac gauche rétréci, douloureux. Le cul-de-sac droit est souple. Col rouge. Pertes. Gono-Réaction et Hecht négatifs.

Le 11 juin 1933 : Toujours pas de règles. On conseille la diathermie.

Le 9 juillet 1933 : A eu 10 séances de diathermie, la première le 14 juin. Règles survenues le 22 juin. Se sent très bien, ne souffre plus, très peu de pertes.

A l'examen : Légère sensibilité à droite. Col presque normal.

OBSERVATION III

Mme S., âgée de 28 ans, vient consulter le 11 mai 1932 pour de la pollakiurie et des brûlures à la miction.

Premières règles à 13 ans, régulières tous les 30 jours. Durée 3, 4 jours, 2 garnitures par jour. Douloureuses le 1^{er} jour.

Premiers rapports à 25 ans : Pertes blanches, brûlures à la miction, diminution des règles, qui ne durent que 2, 3 jours, 1 garniture par jour, douloureuses le premier jour. Pas de fausses couches. Pas de grossesse.

Histoire de la maladie : Il y a un an, la malade avait présenté des hématuries légères et une fièvre à 39°, 40°. Alitée pendant un mois, suivi de 6 mois de convalescence. N'a aucun trouble entre novembre 1931 jusqu'en mai 1932. Depuis 10 jours elle recommence à souffrir avec envies fréquentes d'uriner, brûlures à la miction, pesanteurs dans le bas-ventre, fièvre. Constipation opiniâtre depuis 5 ans.

Examen : Col presque normal, pertes blanches, cul-de-sac gauche rétréci, sensible. Utérus dévié à gauche, en avant, un peu gros.

Examen des urines (Cahhetérisme) : Traces d'albumine. Leucocytes. Nombreux colibacilles.

Frossis uréthral : Mucus, rares leucocytes, flore nulle. Gono-Réaction négatif (H8).

Le 9 juillet 1932 : A eu 6 piqûres de sérum anticolibacillaires. Pas d'action. Même état que plus haut. On conseille la diathermie, qui n'a été faite.

Le 29 avril 1933 : Depuis le mois de juillet 1932 périodes d'amélioration et d'aggravation. Le 27 avril 1933, nouvelle crise avec frisson, fièvre, tenesme vésical. Pas de pertes. Règles tous les 28, 30 jours, durant 2 jours à peine, 4 garnitures en tout. Douloureuses le 1^{er} jour. On prescrit un traitement dirigé contre la constipation et des antiseptiques urinaires (urotropine). On conseille la diathermie.

3 octobre 1933 : A eu 20 séances de diathermie, du 8 mai au 30 juin. Amélioration nette. Ne souffre plus au moment d'uriner. Se plaint de douleurs lombaires à droite depuis 15 jours. Dernières règles du 23 au 25 septembre, 3 jours, pas très abondantes. Etat général très amélioré.

Examen : Uterus incliné à gauche. Cul-de-sacs très souples.

16 décembre 1933 : L'amélioration par la diathermie se maintient. Disparition des brûlures à la miction et de la pollakiurie. N'a pas de pertes.

OBSERVATION IV

Mme G., âgée de 32 ans, vient consulter le 21 mars 1933, pour des crises douloureuses dans le ventre survenant 10 jours après le début des règles, et pour des règles insuffisantes.

Premières règles à 12 ans, régulières toutes les 4 semaines, durant 6 jours, deux garnitures par jour. Pas douloureuses. Quelques pertes blanches.

Premiers rapports à 19 ans : Stérilité involontaire. Règles comme auparavant. Pas de troubles urinaires. Pertes non modifiées.

A 22 ans, après un retard des règles de 2-3 jours, la malade fait une chute, suivie de douleurs dans le ventre, des pertes rouges avec des caillots. Curettage. Avortement d'une grossesse au début possible. Retour des couches après 4 semaines. Aucune modification des règles.

Histoire de la maladie : Depuis 3 ans, à la suite d'une crise de colibacille (sang dans les urines, envies fréquentes d'uriner, température élevée, présence de nombreux colibacilles dans les urines, traitée par des auto-vaccins), les règles ont changé en diminuant. Depuis, règles tous les 24 jours, durant 1 jour, 1 garniture à peine. Pas douloureuses, quelques pertes blanches. En plus, la malade présente des crises douloureuses, très

régulières, dans le ventre, et surtout à gauche, survenant 10 jours après le début des règles, accompagnées de quelques pertes. Cette crise dure trois jours.

A l'examen, on trouve : Un col un peu gros. Dans le cul-de-sac gauche, un ovaire gros et douloureux, une trompe perceptible et douloureuse. Dans le cul-de-sac droit, petit ovaire non douloureux. Utérus antéfléchi, petit.

29 mai 1933 : A pris du crinex. Règles tous les 26 jours, durée 1 jour, 1 garniture. Gono-Réaction : Ho très positive. Hecht : négatif. On prescrit une série de vaccins Demonchy qui a été faite.

27 juin 1933 : Règles 17 juin, 1 journée, 2 garnitures. La crise devait avoir lieu aujourd'hui. Elle semble être très atténuée.

Examen : Ovaire normal. On prescrit une deuxième série de vaccins Demonchy, qui a été faite du 5 au 21 septembre.

19 décembre 1933 : Depuis l'application du vaccin, les règles surviennent tous les 24, 26 jours, durant une journée, 2 garnitures. N'a plus présenté des crises intermenstruelles.

Examen : Rien à signaler, sauf col légèrement érodé. Succès complet du vaccin.

DIAGNOSTIC

A. DIAGNOSTIC POSITIF.

Le diagnostic positif des aménorrhées infectieuses ne présente guère de difficultés. C'est un accident si frappant au cours de la vie génitale de la femme qu'elle s'en inquiète toujours, et viendra, tôt ou tard, consulter. Il n'en est pas de même dans les hypoménorrhées. S'il est vrai que parfois les malades mettent ce trouble au premier plan, c'est qu'il est déjà très marqué ; en règle générale, il faut rechercher ces diminutions ou espacements des règles, les malades étant plus préoccupées par les troubles infectieux associés. Pour cela on fera un interrogatoire gynécologique très méthodique et très minutieux, comme nous l'a bien enseigné notre maître, M. François.

Il faut donc établir le rythme menstruel depuis l'installation jusqu'aux premiers rapports, puis rechercher si les rapports sexuels ont apporté des modifications quelconques. Se renseigner si après

chaque accouchement ou avortement des changements ne sont pas survenus, enfin essayer de mettre en évidence les troubles des règles consécutifs à des accidents infectieux de l'appareil génital. Seulement dans ces conditions on pourra se rendre compte de la fréquence du facteur infectieux dans les troubles menstruels acquis. Nous n'insisterons pas davantage sur le diagnostic positif, il suffit d'y penser pour ne pas passer à côté de ces troubles.

B. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

A. — DES AMÉNORRHÉES.

Pour faire le diagnostic différentiel, nous allons nous placer sur le terrain clinique, c'est-à-dire dans les conditions où les malades se présentent à notre consultation. Nous distinguons à ce point de vue quatre cas, selon que l'aménorrhée s'accompagne, ou non, de signes du côté de l'utérus ou des annexes. Voyons donc successivement ces quatre groupes.

1. *Aménorrhée avec gros utérus sans masse annexielle.*

C'est évidemment à une grossesse qu'il faut penser. On fera le diagnostic en se basant sur les signes propres à la gravidité, et au besoin, si un doute persiste, on aura recours à la réaction biologique d'Aschheim et Zondek, ou à une de ses multiples variantes.

2. *Aménorrhée avec gros ovaire
et utérus légèrement augmenté de volume.*

C'est là le gros diagnostic à faire. Quatre causes peuvent être à l'origine de ces aménorrhées.

a) *Grossesse extra-utérine.* — Etiologie la plus fréquente et la plus importante. Pour faire le diagnostic, on recherchera les accidents syncopaux, les écoulements sanguins, le « cri de Douglas ». On peut aussi avoir recours à la réaction biologique de la grossesse, en se rappelant qu'elle n'a de valeur que si elle est positive, indiquant une grossesse en évolution, donc dangereuse ; et d'autre part, qu'elle reste encore positive 8-10 jours après la mort fœtale, c'est-à-dire tant qu'il existe encore des connexions entre les villosités choriales et la muqueuse tubaire.

b) *Kystes de l'ovaire.* — Il s'agit en général des kystes mucoïdes ou plus souvent dermoïdes.

Les kystes mucoïdes sont des masses sphériques, régulières, élastiques, quelquefois nettement fluctuantes, et que l'on arrive à séparer de l'utérus en position Trendelenburg ; les kystes dermoïdes sont plus durs, généralement plus irréguliers, quelquefois préutérins, se rencontrant surtout chez des femmes jeunes. Une radiographie dans ces cas pourra faciliter le diagnostic en montrant des ombres osseuses.

c) *Kystes du corps jaune.* — Depuis qu'on connaît le rôle freinateur du corps jaune sur l'hémorragie menstruelle, on commence de plus en plus à prendre en considération ce diagnostic, et les observations des

aménorrhées de cette origine se multiplient. Il faut avouer que cliniquement on se trompe fréquemment, sinon toujours, et c'est le diagnostic de grossesse ectopique qu'on pose dans ces cas. Tout au plus une réaction d'Aschheim et Zondek, négative, pourra faire pencher vers l'origine lutéinique de l'aménorrhée. Pratiquement, ça n'a pas une grande valeur, dans les deux cas il faut opérer.

d) *Kystes folliculaires*. — Très rares. C'est Zondek qui a démontré qu'exceptionnellement un kyste folliculaire peut donner lieu à une aménorrhée. Si on soupçonne cette cause, on pourrait faire le diagnostic en faisant un dosage de la folliculine dans l'urine de la malade. On trouve alors un chiffre anormalement élevé (250 unités-souris par litre, dans le cas princeps de Zondek) dépassant de beaucoup le chiffre normal de 20 unités-souris par litre. En plus, une réaction d'Aschheim-Zondek négative viendra confirmer le diagnostic.

3. Aménorrhées avec troubles de l'état général, mais sans signes du côté de l'appareil génital.

Nous ne parlerons pas des pyrexies aiguës, le diagnostic est évident. Par contre, on cherchera les maladies chroniques (diabète, néphrite, cardiopathie, tuberculose). Remarquons, à propos de la tuberculose, que Despeignes, sur 1.600 bacillaires chroniques, ne trouve que 14 cas d'aménorrhées durables, donc moins de 1 %. Dans tous ces états l'aménorrhée est au deuxième plan, ce n'est qu'un épiphénomène

au milieu du tableau clinique propre à chaque maladie.

L'aménorrhée peut encore accompagner les affections glandulaires comme : le myxoedème, la maladie de Basedow, la maladie d'Addison, l'acromégalie, le syndrome adiposo-génital de Babinski-Fröhlich. Le diagnostic dans ces cas est facile.

Enfin, en dernier lieu, viennent les intoxications : saturnisme, alcoolisme, tabagisme, morphinomanie, dont Vignes a rapporté un cas très intéressant où, sous l'influence de la cure de désintoxication, les règles ont réapparu.

4. Aménorrhées sans cause apparente.

Dans cette catégorie nous faisons rentrer les aménorrhées par choc émotionnel, par traumatisme et surtout par le froid. Nous insisterons un peu sur cette dernière cause, dont nous avons eu l'occasion d'observer quelques exemples.

Nous avons eu à soigner deux malades différentes, qui présentaient un phénomène tout à fait intéressant. La première, âgée de 25 ans, bien réglée, a vu ces règles disparaître, pendant trois années successives, aux mois de novembre, décembre, janvier. Les règles ont réapparu le mois de février avec les mêmes caractères que d'habitude. Nous ajoutons qu'il ne s'agissait pas de fausses couches, ni de toutes autres causes.

La deuxième malade, toujours bien réglée, n'a présenté qu'une fois cette même absence des règles, aux

mêmes mois. Comment, dans ces conditions, ne pas admettre le rôle du froid ? Ce qui est plus difficile d'expliquer, c'est le mécanisme de ces aménorrhées. Phénomène réflexe disent la majorité des auteurs. Peut-être d'origine hormonale. Pour le moment, il est très difficile de se prononcer pour l'une ou l'autre théorie.

Voilà donc les principales causes des aménorrhées. Nous nous empressons de dire que pratiquement le diagnostic est généralement facile, sauf les cas d'aménorrhées avec petite masse juxta-utérine. Ici le diagnostic entre grossesse extra-utérine, kyste du corps jaune et salpingo-ovarite est presque toujours très difficile. C'est là qu'on fera tous les examens de laboratoire pouvant aider à faire le diagnostic, qu'on recherchera les petits signes infectieux, que nous avons décrits plus haut, et en plus on mettra la malade en observation pour suivre de très près les modifications de la tumeur juxta-utérine ; malgré toutes ces précautions on se trompe fréquemment.

B. — HYPOMÉNORRHÉES.

Ici le problème est beaucoup plus facile. Il faut faire le diagnostic avec les troubles d'origine endocrinienne. Dans ces cas il s'agit des femmes réglées tard, irrégulièrement, avec un appareil génital insuffisamment développé. En même temps qu'elles voient leurs règles diminuer, elles prennent du poids, il y a surtout un embonpoint marqué dans la région fessière

et abdominale. D'autre part pas de signes d'infection, une gonoréaction négative. En somme un diagnostic facile.

C. — *DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.*

Le facteur utérin dans les troubles, que nous étudions, intervient rarement. Les agents pathogènes qui peuvent léser l'utérus sont, en premier lieu, le streptocoque puis le gonocoque.

Passons maintenant à l'ovaire, qui est le grand facteur des aménorrhées et hypoménorrhées infectieuses. L'ovaire peut être atteint par 3 microbes surtout, qui par ordre d'importance et de fréquence sont :

- le gonocoque,
- le streptocoque,
- le colibacille.

1. LE GONOCOQUE.

L'importance du gonocoque dans les maladies de l'appareil génital est tout à fait classique. M. Siredey a particulièrement insisté sur la fréquence et le danger des métrites cervicales chroniques. Récemment, notre Maître, M. Claude Béchère, vient de nouveau d'attirer l'attention sur la fréquence des gonococcies atténuées dans les troubles de l'appareil génital de la femme, et particulièrement dans les stérilités d'origine tubaire.

Pour faire le diagnostic de gonococcie on se basera d'abord sur le tableau clinique. Voilà une femme, qui au cours de sa vie génitale a présenté une crise dou-

loureuse dans le bas-ventre, des phénomènes d'urétrite, des pertes plus ou moins colorées, des troubles menstruels, une stérilité sans cause évidente, une métrite cervicale, des annexes douloureuses et tout ceci survenant en dehors de la puerpéralité — il y a là assez d'éléments pour faire le diagnostic de gonococcie. Ce tableau clinique, au complet, s'observe, mais pas très fréquemment. Le plus souvent on n'a que quelques signes comme une dysménorrhée acquise, une petite glaire transparente, à l'hystérosalpingographie des trompes obturées. C'est encore le gonocoque qui en est la cause la plus fréquente. C'est dans ces cas que les examens de laboratoire nous rendent de grands services. L'examen cytobactériologique des pertes cervicales ou des sécrétions uréthrales ne montre, malheureusement, que très rarement la présence du gonocoque. Beaucoup plus intéressante est la gonoréaction. Les résultats de la gonoréaction semblent, d'après divers auteurs, être exacts dans au moins 70 pour cent de cas. Pour Weissenbach, cette exactitude des résultats monte même à 87 p. 100. C'est justement cette réaction, qui nous a permis dans de nombreux cas de parler avec certitude d'origine gonococcique des troubles, dans des conditions, où cliniquement on était très embarrassé pour faire un diagnostic étiologique précis.

2. LE STREPTOCOQUE.

Il est plus facile de diagnostiquer l'origine streptococcique des troubles.

En effet, c'est dans les accidents post-puerpéraux (après un accouchement ou un avortement) que le streptocoque intervient. Le tableau clinique est ici net. Il s'agit de femmes, qui après un accouchement dyostocique avec suites infectieuses, parfois même apparemment normales, présentent des pertes, des douleurs dans le bas-ventre, des menstruations douloureuses, un utérus un peu gros et sensible, une gonoréaction négative — on est, dans ces cas, en droit d'admettre une origine streptococcique des troubles.

Nous attirons aussi l'attention sur la fréquence des associations gonocoque-streptocoque, surtout après des fausses couches.

Tantôt il s'agit des femmes atteintes de gonococcie sur laquelle se greffe l'infection puerpérale, tantôt c'est le contraire qui se produit.

3. LE COLIBACILLE.

De l'intestin où il se localise habituellement, le coli passe dans la vessie et de là par les urines, infecte l'appareil génital. C'est le syndrome entéro-génital de Basset.

Le coli est une cause rare des troubles menstruels acquis. Nous avons observé 2 cas, où on a pu incriminer le colibacille. Il s'agissait de malades qui présentaient l'infection colibacillaire typique avec des crises répétées de cystite, des hématuries, une fièvre oscillante, avec présence de nombreux colis dans les urines prélevées aseptiquement, des douleurs abdominales, une constipation habituelle.

Il nous faut dire, qu'ici, comme ailleurs, les infections à coli sont les plus rebelles au traitement.

4. INFECTIONS ASSOCIÉES.

Au niveau de l'appareil génital, souvent sur une infection primitivement gonococcique quelquefois streptococcique, se greffent des infections secondaires à microbes variés (enterocoque, staphylocoque, pseudobacille diphtérique) et, que presque toujours à la période d'état, les affections génitales sont multimicrobiennes, mais que cliniquement elles se rattachent généralement à une infection primitivement gonococcique ou streptococcique.

TRAITEMENT

I. — TRAITEMENT MÉDICAL

Il y a 2 types de traitement :

- a) Symptomatique-opothérapique ;
- b) Causal-anti-infectieux.

I. — *TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE.*

Jusqu'à présent on a surtout employé le traitement symptomatique et il faut bien savoir qu'il ne donne quelques résultats que dans les troubles endocriniens purs ; et au contraire, dans les cas des troubles menstruels d'origine infectieuse, dont nous avons vu la fréquence et l'importance, l'opothérapie n'agit presque pas. Trois notions dominent le traitement opothérapique des troubles menstruels. Premièrement, les médicaments doivent être administrés de telle façon, qu'ils arrivent dans l'organisme aux mêmes moments, qu'ils devraient s'y trouver normalement, c'est-à-dire, qu'on suit les courbes d'enrichissement en hormones à l'état normal. La question des doses n'est pas encore

résolue; c'est ainsi qu'en Allemagne on prescrit volontairement plusieurs centaines d'unités-souris par jour, en France, par contre on se contente de quelques dizaines d'unités. Enfin, troisième notion, l'opothérapie est surtout indiquée dans les insuffisances primitives du fonctionnement de l'appareil génital. Quand à la base du trouble menstruel il n'y a pas une insuffisance glandulaire mais une infection, c'est à elle qu'il faut s'attaquer, d'où l'intérêt de faire un diagnostic étiologique de l'infection génitale et du type de cette infection.

II. — TRAITEMENT CAUSAL-ANTI-INFECTIEUX.

Il faut pour le traitement envisager deux cas :

- a) l'infection gonococcique ;
- b) l'infection puerpérale.

A. — INFECTION GONOCOCCIQUE

On a à sa disposition deux traitements : la vaccinothérapie et la diathermie.

1. — LA VACCINOTHÉRAPIE.

Nous avons appliqué uniquement le vaccin anti-gonococcique de Demonchy. C'est un vaccin très riche en corps microbiens, contenant 25 milliards de germes par cm³. C'est un vaccin à action nettement spécifique contre le gonocoque.

Ses effets ne se mesurent pas par l'intensité des effets réactionnels, bien au contraire, les meilleurs résultats sont obtenus dans des cas où il n'y a pas de réactions. C'est là un point qui différencie nettement le vaccin de Demonchy, des autres vaccins qui agissent uniquement par « phénomène de choc ». Le vaccin Demonchy présente encore un autre avantage, c'est de pouvoir être employé comme traitement ambulatoire. Nos malades viennent dans le service pour se faire faire les piqûres, puis elles repartent aussitôt à leurs occupations. Cette façon de faire est très appréciée par nos malades, qui se recrutent surtout dans le milieu ouvrier, car en même temps qu'elles subissent un traitement efficace, elles n'ont pas besoin de quitter leur travail. C'est donc un traitement facile à appliquer, pas compliqué, bien supporté, ne nécessitant pas l'hospitalisation — et les résultats ne sont pas moindres qu'avec les autres vaccins. Ceci dit voyons comment doit être pratiqué le traitement par le vaccin Demonchy.

Technique. — On fera faire aux malades, dès la fin des règles, tous les 2 jours, une injection sous-cutanée dans la région des flancs ou dans la partie supéro-externe des cuisses, aux doses croissantes que voici : 1/4 cc., 1/2 cc., 3/4 cc., 1 cc., 1 1/2 cc., 2 cc., 2 cc., 2 cc.

On aura soin d'utiliser deux aiguilles : une pour aspirer le liquide, l'autre pour l'injection proprement dite. Cette série de vaccin pourra être renouvelée, si besoin en est, après 3 semaines de repos.

Indications. — 1° Toutes les gonoréactions positives (H_4-H_0). Nous considérons dans ces cas l'indication de la vaccinothérapie comme étant formelle.

2° Les cas où la gono-réaction est négative si nous avons des signes cliniques nous faisant penser à l'origine gonococcique des troubles, nous croyons qu'il est bon d'instituer un traitement par les vaccins pour pouvoir par la circulation générale agir sur l'ovaire.

Accidents. — Très rarement à noter. Tantôt c'est un accident local, sous forme d'un abcès, toujours consécutif à une faute d'asepsie et ne présentant pas de gravité spéciale ; tantôt c'est un accès fébrile dépassant 38°. Si cette fièvre persiste après la diminution de la dose, il faut interrompre la série.

Résultats. — Ils sont variables. On ne peut pas savoir d'avance sur quel élément le vaccin va agir le mieux. Certains cas de retards des règles ont été améliorés. Grâce au vaccin le rythme tend à devenir plus régulier, en se rapprochant de la normale, mais l'abondance même du flux menstruel ne paraît pas être influencée. Les douleurs accompagnant les règles, ainsi que les crises intermenstruelles sont très sensibles au traitement. Fréquemment on voit sous l'influence du vaccin les règles redevenir indolores. L'état général est aussi très amélioré.

Toutes nos malades sont d'accord sur ce point. Elles sont très soulagées, plus confiantes, la nervosité est diminuée. En ce qui concerne les pertes et les signes

physiques le vaccin paraît avoir moins d'action. Nous devons dire que nous avons eu des échecs complets, c'est que les lésions étaient à un tel stade, que, seule la chirurgie pouvait y remédier. En résumé nous dirons que le vaccin agit surtout sur les signes fonctionnels et moins sur les signes physiques. Nous sommes donc entièrement d'accord, sur ce point, avec MM. Guyot et Traissac.

Nous dirons encore quelques mots de deux autres méthodes de vaccinothérapie, notamment du vaccin du Prof. Delbet, le propidon, et de la vaccination par la « porte d'entrée » de Basset et Poincloux.

Le propidon, qui est un vaccin polyvalent, est surtout indiqué dans les infections subaiguës avec grosses masses annexielles. Il agit par phénomène de choc. Les résultats sont, en général, favorables.

La méthode de Basset et Poincloux nous arrêtera un peu plus longtemps. Ces auteurs ont eu l'idée d'introduire le médicament par les mêmes voies qu'a utilisées le microbe pour infecter l'organisme, quelle que soit la lésion qu'on veut traiter. Dans les infections génitales le vaccin doit donc être injecté dans les glandes cervicales, dans les glandes de Skène, dans la glande de Bartholin. Ces auteurs ont utilisé le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur atténué par la chaleur. Après l'injection les malades présentent des phénomènes réactionnels intenses avec fièvre à 40°, frissons durant 1-2-3-4 d'heure, douleurs pelviennes, malaise général. Dans la majorité des cas 6 piqûres suffisent ; la durée du traitement est de 16 à 20 jours.

MM. Basset et Poincloux, avec cette méthode, ont eu 85 0/0 des cas de guérison. Par contre, MM. Guyot et Traissac n'ont eu que 55 0/0 des cas de guérison. Les promoteurs de cette méthode considèrent l'application du vaccin par la « porte d'entrée », non seulement comme un traitement spécifique, mais aussi comme pouvant servir à établir un diagnostic étiologique exact, c'est-à-dire, si à une malade présentant une métrite gonococcique, on injectera du vaccin colibacillaire elle ne fera pas des réactions. Cette spécificité des réactions est niée par MM. Guyot et Traissac, par MM. Debray et Lambert. Ces derniers auteurs en utilisant la voie sanguine obtiennent les mêmes réactions et les mêmes résultats que par « la porte d'entrée » et c'est avec raison que ces auteurs concluent « que ni le vaccin, ni la porte d'entrée n'ont pas le caractère de spécificité. C'est une thérapeutique de choc ».

2. — LA DIATHERMIE.

Actions multiples. Certains auteurs pensent à une action microbicide de la diathermie, mais qui n'est plus admise actuellement. Il y a une action calorifique, mais ce n'est peut-être pas la principale. Il y a probablement une action directe des ondes de haute fréquence sur les tissus, qui favorise la défense locale de l'organisme et stimule la fonction glandulaire.

Indications. — La diathermie est indiquée dans tous les cas sauf les cas de salpingites aiguës et salpingites kystiques.

Technique. - On fera des séries de 15 à 20 séances à raison de 3 par semaine, en utilisant 3 électrodes (électrode vaginale de 3 cm. de diamètre) et un courant d'intensité variant de 1 1/2-2 ampères. Les séances seront longues de 30-45 minutes.

Résultats :

A. — *Favorables.*

La diathermie provoque très souvent une augmentation du flux menstruel ou sa réapparition. Elle est donc, sur ce point, supérieure à la vaccinothérapie. Les pertes sont aussi influencées par la diathermie. Chez certaines malades, sans traitement local, les pertes disparaissent complètement après quelques séances, chez d'autres elles sont très diminuées. On est aussi frappé de bons effets de la diathermie sur les signes physiques constatés au toucher. Les culs-de-sac douloureux, empâtés, les brides, les petites annexites peu volumineuses, tout ceci disparaît sous l'influence de la diathermie.

Marchant de pair avec ces signes, l'état général s'améliore. Les femmes ne souffrant plus se sentent très soulagées.

B. — *Défavorables.*

Les mauvais résultats sont rares. On peut voir des aggravations par la diathermie (une fois sur dix), et ceci est très important, car elle nous révèle une lésion chronique, où seule la chirurgie est indiquée. En effet,

si on opère dans ces cas on trouve soit des salpingites kystiques, soit des abcès de l'ovaire, soit des lésions diffuses de la paroi utérine.

Chaque fois, que la situation matérielle de la femme le permettra, on complètera les résultats déjà très satisfaisants obtenus par les vaccins et la diathermie, par une cure thermale (Luxeuil, Salies-les-Béarn).

B. — INFECTIONS PUERPÉRALES

Les troubles menstruels consécutifs à l'infection puerpérale sont, d'une manière générale, plus faciles à traiter et les résultats sont aussi meilleurs que dans l'infection gonococcique.

Le seul traitement à employer est la diathermie, selon les règles que nous avons décrites plus haut, complétées également, si possible, une cure thermale.

2. — *Traitement chirurgical.*

Dans certains cas, d'ailleurs très rares, après un échec du traitement médical longtemps suivi, on pourra faire appel à la chirurgie. Deux méthodes récentes sont surtout à envisager.

1. *Autogreffe ovarienne avec conservation de l'utérus.* — Imaginée par Cotte et Colson. Cette méthode consiste à transplanter les ovaires, privés de parties malades, dans l'épiploon. Sur 19 malades où ce traitement fut appliqué depuis 1927, les auteurs ont vu fréquemment disparaître les douleurs menstruelles, les pertes, et parfois, la menstruation qui depuis longtemps a été défectueuse (soit ménorragique, soit hy-

poménorrhéique), redevenir tout à fait normale après l'opération et se maintenir ainsi depuis plusieurs années.

2. *Transplantation de l'endomètre.* — Méthode due à Serdukoff. Elle est surtout indiquée dans les aménorrhées prolongées consécutives à une atrophie, ou à une absence totale de l'endomètre par infection utérine post-puerpérale. On prélève de l'endomètre sur une femme du même groupe sanguin et on la greffe sur la paroi interne de l'utérus. Dans 14 cas où cette méthode fut appliquée, dans 3 cas les résultats ont été très favorables. La fonction menstruelle est réapparue.

Il est encore trop tôt d'avoir une opinion nette sur ces méthodes, néanmoins elles nous apparaissent dignes d'intérêt. L'avenir nous montrera leur juste valeur.

3. — *TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.*

Comme toujours il vaut mieux prévenir que guérir — de là l'intérêt de la prophylaxie vénérienne d'une part, et de la prophylaxie des accidents puerpéraux, d'autre part.

A. — *Prophylaxie vénérienne.* — Il y a une prophylaxie très intéressante, très importante, qu'il faut encourager de toutes façons — c'est la consultation prénuptiale.

Il faut répandre dans le public l'idée qu'un homme qui a eu une blennorrhagie doit se faire examiner mé-

nutieusement avec épreuves de guérison avant de songer à se marier. D'autre part, il faut répandre dans le public médical la connaissance des petits signes d'infection génitale chronique chez les femmes, pour permettre de faire un diagnostic précoce et d'instituer un traitement précoce.

B. — *Prophylaxie puerpérale.* — Parmi les méthodes proposées pour diminuer l'infection puerpérale, il y en a une très intéressante, c'est celle de notre Maître, M. Lévy-Solal, qui consiste à prévenir les accidents puerpéraux par les tamponnements prophylactiques aux filtrats vaccins streptococciques. Nous avons eu l'occasion de voir des résultats très concluants obtenus par cette méthode.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les causes des troubles menstruels acquis, en dehors des grosses lésions évidentes, ovariennes ou utérines (fibrome, kyste, polype), c'est à notre avis l'infection génitale chronique, atténuée, qui constitue de loin la cause la plus fréquente.

II. — Il est extrêmement important de savoir dépister l'infection génitale atténuée par les petits signes infectieux : urétrite, métrite cervicale, petites crises douloureuses, dysménorrhée acquise, crises intermenstruelles, troubles de la menstruation, changement de la position utérine, modification des culs-de-sac.

III. — La gonoréaction nous est d'un grand secours dans certains cas, pour prouver l'origine infectieuse et gonococcique de ces troubles.

IV. — L'opothérapie ovarienne et hypophysaire nous a semblé ne donner que de très faibles résultats dans les cas d'aménorrhées et hypoménorrhées acquises d'origine infectieuse.

V. — Par contre le traitement anti-infectieux, traitement de la cause (par les vaccins et la diathermie) associé ou non à la cure d'amaigrissement — et en dehors de tout traitement opothérapique — nous a semblé donner de bien meilleurs résultats.

VI. — Ce traitement nous a surtout donné de bons résultats dans les infections post-partum, tandis que dans les infections purement gonococciques la guérison ou l'amélioration est beaucoup plus lente et plus difficile à obtenir.

VII. — Au point de vue prophylactique, c'est le traitement précoce et systématique des infections génitales des deux sexes, qui permettra de diminuer la fréquence et la gravité de ces troubles.

VIII. — En particulier, les consultations prénuptiales sont fort importantes ; tous les sujets ayant eu une blennorrhagie devraient se faire examiner minutieusement avant le mariage.

IX. — Le traitement chirurgical, sous forme de greffe ovarienne ou endométriale, pourrait être envisagé dans certains cas, d'ailleurs très rares, comme ultime ressource, après un échec du traitement médical.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
M. COUVELAIRE, *Professeur*.

Vu

et permis d'imprimer :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ASCHHEIM. — Die Schwangerschaftsdiagnose.

Claude BÉCLÈRE. — « La perméabilité et les obturations tubaires ». Un volume de 250 pages. Masson, éditeurs, 1929.

Claude BÉCLÈRE. — « Etude clinique de la stérilité d'origine tubaire ». (*Bull. Méd.*, 1-11-33.)

BROUHA. — « L'hypophyse ». Un volume.

BROUHA. — « Sympathique et l'appareil génital de la femme ». (Leçon de jeudi soir à la Clinique Farnier.)

BASSET et POINCLOUX. — « La vaccination régionale par la porte d'entrée dans le traitement des salpingites. » (*La Presse Méd.*, 22-3-1930.)

COTTE. — « Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme ». Un volume. Masson, éditeurs, 1928.

COTTE et COLSON. — « L'autogreffe ovarienne avec conservation de l'utérus dans le traitement de cer-

- taines salpingo-ovarites graves ». (*Gynécologie et Obstétrique*, Janvier 1933.)
- P. DELBET et LE DENTU. — « Nouveau Traité de Chirurgie clinique et opératoire. »
- L. DEBRAY et J. LAMBERT. — « Vaccination par la porte d'entrée. » (*La Presse Médicale* du 1932, p. 1.175.)
- G. DANIEL. — « Physiothérapie en gynécologie ». (Maloine, éditeurs.)
- HIRSCH, HOFFMANN. — « Über die hormonale Therapie der Amenorrhœ. » (*Lbl. f. Gynäk*, 1931, p. 28.)
- HUBERT. — « Traitement des métrites et des annexites par la Diathermie. » (Thèse de Bordeaux, 1930-1931.)
- JEANNENEY. — « La Menstruation et ses troubles en pratique. » (*Le Progrès Médical*, 1925, p. 1.809.)
- LÉOPOLD. — « Traitement de l'Aménorrhée. » (*Münch. Med. Wochft*, 1931, p. 31.)
- LACORNE. — « Contribution à l'étude du traitement des aménorrhées. » (Thèse de Bordeaux, 1931-32.)
- LÉVY-SOLAL. — « La prophylaxie de l'infection puerpérale. » (*La Presse Médicale* du 15 mars 1933.)
- PANUTIN. — « La Physiothérapie, méthode conservatrice de traitement des annexes utérines et ses résultats. » (*Gyn. et Obst.*, août 1932.)
- POINLOUX. — « La vaccination régionale par la porte d'entrée. » (*La Presse Médicale* du 17-7-1929.)

RIVOIRE. — *Acquisitions récentes en endocrinologie.*
(Masson, 1932.)

SERDUKOFF. — « Transplantation de l'endomètre. »
(*Gyn. et Obst.*, janvier 1933.)

SCHULSWEISS. — « Traumatismes et aménorrhées. »
(*C.R. in Lbl. f. Gynäk.* 20-2-1932.)

TRAISSAC et GUYOT. — « Vaccination régionale par la
porte d'entrée. » (*Journal de Médecine de Bor-*
deaux, 20-30 sept. 1931.)

H. VIGNES. — « Quelques recherches sur la menstrua-
tion. » (Thèse de Paris, 1914.)

H. VIGNES. — « Traitement médical des salpingites. »
(*Journal des Praticiens*, 10 sept. 1932.)

B. ZONDEK. — « Polyhormonale Krankheitsbilder. »
(*Lbl. f. Gynäk.*, Nr. 1, 1930.)

B. ZONDEK. — « Die Hormone des Ovariums und des
Hypophysenvorderlappens. » Un volume de
343 pages. (Springer, Berlin.)

